

Autorização Authorization

AUTORIZAÇÃO PARA DIVULGAÇÃO DOS REGISTROS DA DSHS DE:

NOME ÚLTIMO	NOME	SOBRENOME	DATA DE NASCIMENTO
-------------	------	-----------	--------------------

As seguintes informações podem auxiliar na localização de registros:	NOMES ANTERIORES
--	------------------

NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO DO CLIENTE	OUTRO NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO	DATAS DE SERVIÇO	LOCALIZAÇÃO DE SERVIÇO
------------------------------------	-------------------------------	------------------	------------------------

DIVULGAR PARA:

NOME ÚLTIMO	NOME	SOBRENOME	CARGO
-------------	------	-----------	-------

ORGANIZAÇÃO OU NOME COMERCIAL, CASO APLICÁVEL

ENDEREÇO	CIDADE	ESTADO	CEP
----------	--------	--------	-----

NÚMERO DE TELEFONE (INCLUIR CÓDIGO DE ÁREA)	NÚMERO DE FAX (INCLUIR CÓDIGO DE ÁREA)	ENDEREÇO DE E-MAIL
---	--	--------------------

RAZÃO PARA DIVULGAÇÃO

AUTORIZAÇÃO

FONTES: Autorizo os seguintes programas da DSHS a divulgar ou fornecer acesso a informações confidenciais minhas conforme descrito abaixo. As informações podem ser fornecidas verbalmente ou por transferência de dados por computador, e-mail, fax ou entrega manual.

Apenas aos programas a seguir (marque todos os aplicáveis):

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Recuperação e Saúde Comportamental (DBHR)
<input type="checkbox"/> Suporte Infantil (DCS)
<input type="checkbox"/> Deficiências de Desenvolvimento (DDD)
<input type="checkbox"/> Administração de Reabilitação Juvenil (JRA)
<input type="checkbox"/> Reabilitação Vocacional (DVR)
<input type="checkbox"/> Outros: _____ | <input type="checkbox"/> Administração Infantil (CA)
<input type="checkbox"/> Serviços de Comunidade (CSD – assistência pública)
<input type="checkbox"/> Serviços Comunitários e do Lar (HCS)
<input type="checkbox"/> Serviços de Cuidados Residenciais (RCS)
<input type="checkbox"/> Instituições Estaduais de Saúde Mental (ESH, WSH, CSTC, SCC) |
|---|---|

Todas as partes do Departamento de Serviços Sociais e de Saúde (DSHS)

REGISTROS: Autorizo os seguintes registros da DSHS a serem divulgados:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Registros de clientes mantidos por partes da DSHS marcados acima
<input type="checkbox"/> Outros registros confidenciais mantidos por partes da DSHS e mercados acima
<input type="checkbox"/> Apenas os registros a seguir: | <input type="checkbox"/> Todos os registros de meus clientes
<input type="checkbox"/> Registros na lista anexa |
|---|---|

Desejo limitar os registros a serem divulgados para os registros a seguir (por data, tipo de registro, etc.):

OBSERVAÇÃO: Se os registros confidenciais ou de seu cliente incluem alguma das informações a seguir, você também deve preencher a seção abaixo para autorizar a divulgação desses registros.

REGISTROS ESPECIAIS: Forneço minha permissão para divulgar os seguintes registros da DSHS (marque todos aplicáveis):

- Registros de resultados de testes de HIV/AIDS e DSTs, diagnósticos ou tratamento (RCW 70.24.105)
- Registros de saúde mental (RCW 71.05.630) incluindo:
- Registros de dependência química (CD; 42 CFR Parte 2) incluindo:

- A permissão é válida por 180 dias ou até _____ (data ou evento).
- Posso revogar ou cancelar minha permissão por escrito a qualquer momento, mas isso não afetará informações já divulgadas.
- Compreendo que meus registros podem não mais estar protegidos sob as leis aplicáveis à DSHS após esta divulgação.
- Uma cópia desse formulário é válida para dar minha permissão para o compartilhamento de registros. A DSHS pode cobrar pelo fornecimento de cópias de seus registros.

AUTORIZADO POR (ASSINATURA)	DATA DE ASSINATURA	NÚMERO DE TELEFONE (INCLUIR CÓDIGO DE ÁREA)
-----------------------------	--------------------	---

NOME IMPRESSO	TESTEMUNHA/NOTÁRIO (ASSINATURA E NOME IMPRESSO, SE APLICÁVEL)
---------------	---

Se eu não sou sujeito dos registros, estou autorizado a assiná-los porque sou: (anexe comprovante de autoridade)

Familiar do menor Guardião legal Representante pessoal Outro:

Aviso para aqueles que recebem informações: Se estes registros contêm informações sobre HIV, DSTs ou abuso de drogas ou álcool, você não pode divulgar essas informações sob leis estaduais e federais sem permissão específica do indivíduo e sem atender requisitos jurídicos específicos.

INSTRUÇÕES PARA CONCLUSÃO DO FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO

Finalidade: Você deve utilizar este formulário quando quiser que a DSHS possa divulgar informações confidenciais sobre você para outro indivíduo (incluindo um advogado, legislador ou um parente). Você pode fornecer permissão para divulgar todos os registros confidenciais que a DSHS possui sobre você ou você pode limitar sua permissão aos registros específicos ou partes da agência. Este formulário também permitirá que a DSHS discuta sua situação verbalmente com o indivíduo que você autorizar.

Aviso aos clientes: a maioria das informações do cliente que a DSHS possui é confidencial e não será divulgadas para outros, exceto caso você forneça permissão ou caso a divulgação seja permitida por lei. Após a DSHS divulgar sua informações confidenciais, observe que o destinatário pode não proteger seus registros sob as mesmas leis aplicáveis à DSHS. A DSHS não pode lhe recusar os benefícios se você não assinar este formulário para permitir divulgações para a DSHS, exceto caso sua autorização seja necessária para determinar a elegibilidade. Para informações sobre como a DSHS compartilha informações confidenciais de clientes e seus direitos de privacidade, consulte o Aviso da DSHS sobre Práticas de Privacidade ou pergunte ao indivíduo que lhe entregou este formulário. Você pode receber uma cópia deste formulário.

Uso: Você pode preencher este formulário eletrônica ou manualmente. Use a tecla Tab em um computador para alternar entre os campos. **Um formulário separado deve ser preenchido para cada indivíduo cujos registros sejam solicitados, incluindo crianças.** O termo "você" refere-se ao indivíduo dos registros.

Partes do formulário:

IDENTIFICAÇÃO DO INDIVÍDUO DOS REGISTROS:

- **Nome:** Forneça seu nome completo ou o nome do indivíduo cujos registros são solicitados caso você esteja atuando em nome de outra pessoa.
- **Data de nascimento:** Inclua essas informações necessárias para identificar você em relação a pessoas com nomes similares.

INFORMAÇÕES OPCIONAIS para ajudar a localizar registros:

- **Nomes anteriores:** Inclua quaisquer outros nomes que foram usados ao receber benefícios ou serviços.
- **Número de identificação do cliente:** Forneça qualquer número que a DSHS possa ter designado.
- **Outro número de identificação:** Inclua um número de seguridade social ou outro identificador que possa ajudar a localizar registros da DSHS.
- **Data e localização de serviços:** Forneça essa informação para ajudar a DSHS a identificar e localizar os registros que você deseja que sejam divulgados.

INDIVÍDUO QUE RECEBERÁ OS REGISTROS:

- **Identificação:** Preencha essa seção o máximo possível para que possamos entrar em contato com o indivíduo ou organização que terão acesso às suas informações confidenciais.
- **Razão para divulgação:** Essas informações são necessárias antes que a DSHS possa compartilhar registros de saúde mental ou álcool e drogas. Se você não preencher este campo, a DSHS anotará a razão para divulgação como sendo por sua solicitação.

AUTORIZAÇÃO

- **Partes da DSHS:** Marque as partes da DSHS que você deseja que divulguem registros ou marque a caixa inferior nesta seção caso você queira fornecer acesso a quaisquer registros que a DSHS possui sobre você. Escreva o nome do programa no campo "Outros" da lista.
- **Informações divulgadas:** Indique quais registros você deseja que sejam divulgados. Você pode divulgar todos ou parte de seus registros de clientes da DSHS. Você também pode limitar a divulgação para registros de clientes mantidos apenas por partes da agência marcadas na seção acima ou para registros específicos listados neste formulário ou em um anexo assinado. Se há limitações sobre quais registros você deseja que sejam divulgados, liste registros específicos ou descreva os limites, como por data de serviços ou tipo de registro.
- **Registros restritos:** Se algum dos registros possa incluir informações sobre tratamento ou testes de HIV/AIDS ou DSTs, tratamento de saúde mental ou serviços sobre álcool e drogas, você deve marcar cada item para autorizar que a DSHS divulgue estes registros. É necessário preencher um formulário separado para divulgação de notas de psicoterapia (45 CFR 164,508(b) (3) (ii)).
- **Validade:** Este formulário é válido para fornecer acesso a informações atualmente mantidas pela DSHS. Sua permissão expira 180 dias após a assinatura ou em qualquer outra data fornecida por você. Você pode revogar a autoridade para liberar registros por escrito a qualquer momento, mas será muito tarde para recuperar as informações já divulgadas.
- **Custo:** Os registros públicos atuam no RCW 42.56.120 e WAC 388-01-080 permitem que a DSHS cobre por cópias de registros, além da postagem. Hospitais estaduais e instalações de tratamento de saúde podem cobrar uma taxa maior por registros de pacientes, de acordo com o capítulo 70.02 RCW.

ASSINATURAS:

- **Se você é o indivíduo destes registros,** assine e imprima ou digite seu nome abaixo. Insira aqui a data na qual você assinou e seu telefone ou número de contato.
- **Se você está assinando em nome de outra pessoa,** indique a razão pela qual você pode fazer isso na última linha e anexe uma cópia da ordem judicial ou outro documento lhe concedendo autoridade legal. Crianças também devem assinar para fornecer permissão para divulgação de seus próprios registros confidenciais caso sejam maiores de idade de consentimento (13 anos para serviços de álcool e drogas e saúde mental; 14 para informações sobre HIV/AIDS ou outras DSTs; qualquer idade para controle de natalidade e abortos; 18 para registros de saúde ou outros).
- **Testemunha ou notário:** Uma testemunha ou notário podem ser necessários para verificar sua identidade caso você não envie este formulário pessoalmente ou caso um programa solicite verificação. Este indivíduo deve assinar e imprimir seu nome.

AVISO À DSHS: Caso estes registros contenham informações sobre HIV ou DST, a DSHS deve notificar os destinatários que as informações são confidenciais e que eles não podem divulgar os registros sem uma autorização específica conforme necessário pela RCW 70.24.105(5). Se a DSHS enviar cópias de registros com relação a serviços de álcool ou drogas sob esta autorização, a DSHS deve incluir a seguinte declaração ao divulgar informações conforme exigido pela 42 CFR 2.32:

Essas informações foram divulgadas para você a partir de registros protegidos pelas leis federais de confidencialidade (42 CFR parte 2). As leis federais proíbem que você faça qualquer outra divulgação dessas informações, exceto caso expressamente permitida por consentimento escrito do indivíduo proprietário ou permitido pela 42 CFR parte 2. Uma autorização geral para a liberação de informações médicas ou outras NÃO é suficiente para essa finalidade. As leis federais restringem qualquer uso de informações para investigar criminalmente ou processar qualquer paciente de abuso de álcool ou drogas.